

ΑΙΤΗΣΗ**Καταβολής Ασφαλίματος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου :

Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου Ασφαλίματος :

Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού :

Δικαιούχος Λογαριασμού :

Α.Δ.Τ. :

Α.Φ.Μ. :

Διεύθυνση Αλληλογραφίας :

Τηλέφωνο Επικοινωνίας :

- 1.1. Ο ως άνω αναφερόμενος δικαιούχος του ασφαλίματος σας γνωστοποιώ ότι επιθυμώ την καταβολή ασφαλίματος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, σύμφωνα με τους όρους αυτού.
- 1.2. Αναγνωρίζω ρητά ότι με την καταβολή του ποσού ασφαλίματος στον ανωτέρω δηλωθέντα τραπεζικό λογαριασμό, η CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z εκπληρώνει κάθε υποχρέωση που απορρέει από το αίτημά μου για την καταβολή του ανωτέρω αναφερόμενου ασφαλίματος, σύμφωνα με το ως άνω Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και ότι δε διατηρώ οποιαδήποτε άλλη απαίτηση, αξίωση ή δικαίωμα από την παραπάνω αιτία.
- 1.3. Δηλώνω ότι ενημερώθηκα ότι η σχετική εξοφλητική απόδειξη ασφαλίματος θα αποσταλεί με απλό ταχυδρομείο στην ως άνω δηλωθείσα διεύθυνσή μου και ότι θα πρέπει να επιστραφεί υπογεγραμμένη στα γραφεία της CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. εντός δέκα πέντε (15) ημερών.

Τόπος & Ημερομηνία υποβολής αίτησης...../...../ 20.....

Ο Δικαιούχος Ασφαλίματος.....
Όνοματεπώνυμο.....
Υπογραφή**Για την ALPHA BANK**

Κωδικός καταστήματος:

Οι υπογράφωντες στο τέλος της την παρούσα αίτηση, αρμόδιοι λειτουργοί του καταστήματος της ALPHA BANK, όπου υποβλήθηκε το ως άνω αίτημα, βεβαιώνουμε ότι ο Δικαιούχος του Ασφαλίματος είναι και δικαιούχος του ως άνω αναγραφόμενου τραπεζικού λογαριασμού, καθώς και το γνήσιο της υπογραφής του.

Ο Διευθυντής Καταστήματος**Ο Λειτουργός Καταστήματος**.....
Υπογραφή.....
Όνοματεπώνυμο

**Έντυπο Δήλωσης Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για την
Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z.**

(συνοδεύει κάθε Αίτηση του Λήπτη της Ασφάλισης / Ασφαλισμένου / Δικαιούχου Ασφαλίματος / Δηλούντος)

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα:

1. Για τα ακόλουθα **δικαιώματά μου**: πληροφόρησης και πρόσβασης, διόρθωσης ανακριβών δεδομένων, διαγραφής, φορητότητας, περιορισμού της επεξεργασίας ανάκλησης συγκατάθεσης/εναντίωσης, υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: 210 6475600, contact@dpa.gr)
2. Για τους **σκοπούς επεξεργασίας**, δηλαδή την εκτίμηση του ασφαλιστικού κινδύνου για τα προϊόντα της CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. και τη διαχείριση του συμβολαίου μου, τη συμμόρφωση με τις κανονιστικές και νομοθετικές απαιτήσεις, καθώς τα μέτρα της CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. για την προστασία του απορρήτου και της ασφάλειάς των πληροφοριών μου.
3. Για τη **διαβίβαση** των δεδομένων στους παρακάτω **αποδέκτες**: Την CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. και το προσωπικό της, τους αντιπρόσωπους ή/και υπεργολάβους, την ALPHA Bank, τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τους γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τους αντισταθμιστές και τις Δημόσιες Αρχές, καθώς και τις ομοειδείς κατηγορίες αποδεκτών, στο πλαίσιο εκτέλεσης της σύμβασης.
4. Για τη **διατήρηση** των δεδομένων μου για το σύνολο της διάρκειας της σύμβασης σε φυσικό και ηλεκτρονικό αρχείο και μετασυμβατικά, για όσο χρονικό διάστημα ορίζει ο νόμος μέχρι την παραγραφή των τυχόν αστικών αξιώσεων.
5. Δηλώνω ότι στην περίπτωση που παρέχω Προσωπικά Δεδομένα άλλου προσώπου στην Εταιρεία, εγγυώμαι με την παρούσα, ότι έχω ενημερώσει το εν λόγω πρόσωπο σχετικά με το περιεχόμενο της Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, και ότι έχω λάβει νομίμως τη συγκατάθεσή του για την επεξεργασία των Προσωπικών του Δεδομένων.

Έχω διαβάσει τα παραπάνω και ενημερώθηκα ότι το πλήρες κείμενο της **Πολιτικής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων** βρίσκεται αναρτημένο ηλεκτρονικά στον ιστότοπο της CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. και την παρέλαβα σήμερα έγχαρτα.

Ημερομηνία/...../ 20.....

Ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών

.....
Ονοματεπώνυμο Υπογραφή

Εγώ, ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών ρητά παρέχω τη συγκατάθεσή μου στη συλλογή και επεξεργασία των Προσωπικών Δεδομένων που με αφορούν και περιέχονται στο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ή θα περιέλθουν σε γνώση της CREDIT AGRICOLE A.A.E.Z. κατά τη διάρκεια του Ασφαλιστηρίου, στο μέτρο που η συλλογή και η επεξεργασία αυτή κρίνονται απαραίτητες για την εξυπηρέτηση της ασφαλιστικής σύμβασης και την εκπλήρωση των υποχρεώσεων της Εταιρείας που απορρέουν από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία. Πηγές λήψης δεδομένων ενδέχεται να είναι η ALPHA BANK, νοσηλευτικά ιδρύματα, γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, Δημόσιες Αρχές, καθώς και ομοειδείς κατηγορίες αποδεκτών, για τους οποίους σας εξουσιοδοτώ να συλλέξετε.

Σας παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου για την ανωτέρω επεξεργασία.

Ημερομηνία/...../ 20.....

Ο Λήπτης της Ασφάλισης / Ασφαλισμένος / Δικαιούχος Ασφαλίματος / Δηλών

.....
Ονοματεπώνυμο Υπογραφή